Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social
S/C

Versión Taquigráfica Nº 2017 de 2003

FEDERACIÓN MÉDICA DEL INTERIOR (FEMI)

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 13 de agosto de 2003

(Sin corregir)

PRESIDE:	Señor Representante Luis José Gallo Imperiale.
MIEMBROS:	Señores Representantes Gustavo Amen Vaghetti, Daniel Bianchi, Orlando Gil Solares, Ramón Legnani, Olegario Machado y Wilmer Trivel.
ASISTE:	Señor Representante Walter Vener Carboni.
INVITADOS:	Por la Federación Médica del Interior, doctores Yamandú Fernández, Presidente; Gerardo Contreras, Secretario; y contador Osvaldo Machado, asesor.

SEÑOR PRESIDENTE (Gallo Imperiale).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social da la bienvenida a los integrantes del Comité Ejecutivo de FEMI, a su Presidente, el doctor Yamandú Fernández Montiel, a su Secretario, el doctor Gerardo Contreras Geres y al asesor contador Osvaldo Machado, quienes nos enviaron una solicitud de entrevista con fecha 7 de agosto de 2003 a los efectos de plantear la posición de FEMI ante las medidas que el Ministerio de Salud Pública ha propuesto con relación a la crisis del sistema.

SEÑOR FERNÁNDEZ MONTIEL.- Antes que nada queremos manifestar nuestro agradecimiento por esta posibilidad que nos brindan de expresarnos ante los señores legisladores integrantes de esta Comisión.

Solicitamos esta instancia porque entendemos que en las actuales circunstancias tan difíciles por las que atraviesa el país, y en particular el sector de la salud, es necesario, conveniente y diría que imprescindible, que la Federación Médica del Interior se presente en este ámbito.

Como los señores Diputados conocen, la FEMI es representante gremial de aproximadamente 2400 médicos del interior del país y de un subsistema asistencial privado compuesto fundamentalmente por veintitrés instituciones de asistencia médica colectiva radicadas en el interior, distribuidas en los dieciocho departamentos. También tiene en la capital un centro de referencia asistencial, que es el Sanatorio Americano, y una central de compras para insumos y medicamentos.

Si bien la mayoría de los problemas que hoy afectan a la salud son de carácter general, entendemos que en el interior existe una serie de situaciones que marcan diferencias con el departamento de Montevideo, tanto en aspectos sociales como laborales, económicos y productivos, lo que de alguna manera se refleja e incide en la problemática del sector salud en el interior y en particular en el subsector privado del interior.

En tal sentido y a modo de ejemplo, podemos señalar lo que marcan los indicadores oficiales de ingresos por núcleo familiar: existe una diferencia de casi un 50% menos en los ingresos de una familia del interior con relación a los de una de la capital. Del mismo modo, los indicadores de desempleo son francamente más contundentes en cuanto a la situación laboral que en este momento sufre el interior.

Esta problemática del interior, fundamentalmente socioeconómica, explica en buena parte algunos fenómenos que son peculiares del subsistema privado en nuestro territorio como, por ejemplo, la situación que se da en el porcentaje de afiliación a la asistencia médica colectiva. El escaso porcentaje de habitantes o de pobladores del interior que ha logrado obtener sus servicios de salud a través del subsector mutual, está dado solamente por el 25% o el 30% de la población, si lo comparamos con lo que sucede en Montevideo, donde casi el 70% de los pobladores obtienen la cobertura asistencial en el sistema mutual.

A su vez, si observamos la composición y origen de ese grupo de afiliados que existe en el interior, también vamos a notar allí otra peculiaridad: esa población del interior afiliada al sistema mutual, en su gran mayoría -más del 70%- proviene de convenios colectivos de asistencia médica o de contratos de asistencia que ha celebrado FEMI o las instituciones de FEMI con organismos públicos. Lo que queremos señalar es la altísima dependencia estatal, es decir, del sector público, que tienen nuestras instituciones, en tanto es nuestro principal cliente en la compra de servicios de salud.

Es en este escenario tan particular que FEMI ha venido actuando, desarrollando y armando este sistema asistencial. Es un sistema asistencial que está dirigido a toda la población del interior, dado que ese desarrollo ha logrado mejorar sustancialmente los niveles asistenciales no solo de nuestros afiliados sino también los del subsector público, en la medida en que el desarrollo y la radicación de recursos -tanto humanos como tecnológicos- también ha sido dirigido -y de alguna forma ha logrado beneficiar- a la población del interior en su conjunto.

A su vez, este sistema se ha desarrollado y sustentado básicamente en algunos principios y en algunas políticas que han sido rectoras del mismo, de las cuales quisiéramos mencionar y destacar las que a nuestro juicio son las tres principales. Queremos destacar una primera política de autonomía de gestión y de descentralización -tanto técnica, como económica y administrativa-; una segunda política que es la que determina la propiedad institucional de los medios de producción sanitaria -dirigida fundamentalmente a mejorar y a dar más eficiencia al manejo de los recursos, como forma de resolver el problema de la demanda inducida cuando esos medios de producción están en manos de grupos privados o de empresas privadas-, y una tercera política, a la que también asignamos fundamental importancia, que es la que en materia de recursos humanos quedó establecida a partir del año 1993 cuando la FEMI resolvió un laudo médico. Ese laudo médico fue fijado fundamentalmente para asignar mecanismos de retribución salarial en base a dos variables principales: la extensión horaria cumplida por el técnico y la función que el mismo desarrolla. De esta manera eliminamos o minimizamos al máximo el destajo por acto médico como mecanismo de retribución. Queríamos destacar esas tres políticas porque son, entre otras, una base fundamental para nuestro desarrollo.

En otro sentido, queríamos hacer algunos comentarios en lo que hace al estado de situación y de resultados de nuestra organización. Entendimos que para una mejor comprensión de los resultados de nuestra gestión y del estado de situación general de la organización, era útil aportar en este ámbito algunos datos que surgen de último balance de las instituciones de FEMI al 30 de setiembre de 2002. Trajimos en nuestro material un consolidado de datos de los balances del último año -que se lo vamos a dejar-, del cual queremos destacar en este momento que al 30 de setiembre de 2002 se puede concluir un equilibrio, dado que el estado de resultados arroja un pequeño superávit de 0,21%, de manera que podemos hablar a esa fecha de un equilibrio en la gestión operativa.

En lo que refiere al estado de situación patrimonial, se puede destacar un patrimonio netamente positivo; en ese momento, el patrimonio total de FEMI asciende a US$ 65:000.000, lo que está hablando de que a lo largo de estos treinta años realmente hubo una inversión y un desarrollo y que la sobrecuota de gestión efectivamente se destinó a ese desarrollo y a la instalación y erradicación de servicios.

Desde el punto de vista del estado de situación, si relacionamos los activos corrientes con los pasivos corrientes, como un indicador de liquidez, en ese momento arrojaba un cociente de 0,84, que para este tipo de empresas y de organizaciones consideramos que es bastante adecuado.

De todas maneras, si bien al año 2002 y al cierre de estos balances podemos concluir un estado de equilibrio y de patrimonio adecuados, también tenemos que decir que esta situación y esta posición se ha venido deteriorando en los últimos meses a lo largo del corriente año, fundamentalmente por dos razones. La primera razón es la pérdida de afiliados, fenómeno que impactó y que impacta a todo el sistema y que en el caso de las instituciones podemos cuantificar en los últimos tres años como del 15%. Allá por 1999 teníamos más de 500.000 afiliados y a la fecha de hoy apenas estamos en 450.000; en el último año, la pérdida de afiliados se aproxima al 10%. La segunda razón, que también ha tenido un efecto muy negativo en el deterioro que ha venido sufriendo en los últimos meses la organización, es el perjuicio financiero que ocasionan los atrasos en el cumplimiento de los convenios del Estado -por lo menos de algunos- y también el impacto económico que a esta altura esta deuda estatal está originando en todo el sistema. Ese elemento es de destaque en nuestra organización porque el efecto financiero ya ha pasado a tener un efecto económico en las organizaciones. De ese atraso y de esa deuda se destacan tres fenómenos principales: la situación de atraso por servicios brindados a la Administración de Servicios de Salud del Estado -ASSE-, los atrasos que se verifican en el cumplimiento de los convenios de los servicios brindados a Sanidad Policial y también tenemos que mencionar la situación de deuda que algunos Gobiernos Municipales mantienen con algunas instituciones de FEMI.

Como consecuencia de todo este proceso de deterioro a lo largo y ancho del sistema, prácticamente todas las instituciones de FEMI, sin excepción, se han visto obligadas a plantearse y a llevar adelante diferentes procesos de reestructura que inevitablemente han tomado el salario como variable de ajuste -fundamentalmente el salario médico-, en la búsqueda de mantener ese equilibrio en la gestión que mencionábamos que teníamos por lo menos hasta el año pasado. En este escenario complejo y en la búsqueda de soluciones posibles para un país que sabemos que tiene una problemática económica muy fuerte, es que en diferentes reuniones con el Ministerio de Salud Pública solicitamos la creación de un ámbito oficial, técnico y político, en el que plantear todo esto. Allí podríamos negociar las soluciones para salir adelante, fundamentalmente, en este caso, como problema emergente para el sistema, esta situación de deuda, de atrasos del Estado a la que hacíamos mención. Nos parecía necesario referirnos a este punto antes de pasar al asunto motivo de la entrevista para que los señores legisladores tuvieran un panorama sobre cuál es la posición del conjunto de la organización.

Los otros temas a los que queríamos referirnos en esta Comisión son: la limitación que tienen las instituciones de asistencia médica colectiva en el país frente a la posibilidad de realizar afiliaciones parciales, y la propuesta de eliminación del tope que ha venido anunciando el señor Ministro de Salud Pública y que nos manifestó en algunas de las entrevistas.

Recordemos que en el artículo 7º del Decreto-Ley Nº 15.181 se establece que cuando las instituciones de asistencia médica colectiva ofrezcan coberturas parciales, no lo podrán hacer en un número superior al 10% del total de sus afiliados. La Federación Médica del Interior considera que esto es injusto y, por lo tanto, apoya la eliminación de ese tope. Además, en la realidad actual no existen razones para mantenerlo. A su vez, creemos que es injusto porque el resto de las instituciones privadas de asistencia médica del país no IAMC, en este momento actúan sin ningún tipo de restricciones en cuanto a la posibilidad de realizar afiliaciones parciales. Por lo tanto, entendemos que esto va en detrimento de las instituciones de asistencia médica colectiva del interior, pero también de sus trabajadores, médicos y no médicos, que actúan en nuestras instituciones y de las posibilidades asistenciales de una gran parte de la población del interior del país.

Como ya vimos, se trata de un interior que está empobrecido, y estas razones de imposiblidad económica a las que hacíamos mención en la primera parte de la exposición, están marcando que un muy bajo porcentaje de la población haya logrado vincularse con la asistencia médica colectiva. En esta realidad tan adversa de mercado tienen que moverse las instituciones de la FEMI, pero por lo menos parte de ellas ha podido mantener ese equilibrio operativo -que, como decíamos, se ha ido deteriorando- a través de las afiliaciones parciales.

Por lo tanto, se puede ofrecer a la población la cobertura de asistencia parcial, lo que supone un precio menor, pero asegurándole el mejor nivel de calidad y respaldo institucional. Entendemos que, por un lado,

estamos dando una posibilidad de sustento económico a las instituciones y, por el otro, la calidad de esa oferta de servicios a la población está garantizada porque detrás hay una institución que la respalda. Ese es uno de los aspectos por los cuales estamos planteando la eliminación del tope.

También entendemos que este mecanismo de los seguros parciales en el interior está ayudando a salvaguardar las fuentes de trabajo de quienes se desempeñan dentro de ellos -tanto de los médicos como de los no médicos- y lo hacen en el marco de los laudos respectivos. Al ser seguros parciales con respaldo institucional -porque están dentro de la institución- está enmarcado dentro de los laudos respectivos, tanto del sector médico como no médico.

También decíamos que esto va en detrimento de una franja de la población del interior, que es de escasos recursos y que por razones económicas no tiene capacidad para pagar una cuota de asistencia médica integral, pero que tampoco es indigente ni carece totalmente de recursos y, por lo tanto, no tiene el derecho al carné de Salud Pública. Esa franja de población hoy encuentra una canasta asistencial de buena calidad, brindada en forma ética, digna y con respaldo institucional. Además, entendemos que ahí existe un camino práctico e inmediato para empezar a resolver la integralidad con respecto a esa franja de población porque solo bastaría con articular, complementar y coordinar con el subsector público el resto de la oferta asistencial que no obtiene el seguro parcial para poder, en forma muy inmediata, ofrecer una integralidad en la asistencia que, por supuesto, es la aspiración de la Federación Médica del Interior; desde siempre hemos bregado por la integralidad como mecanismo correcto para la salud de los habitantes. De manera que esto no está en contraposición a la posibilidad de bregar por la integralidad de los habitantes de nuestro país sino que estamos diciendo que es un fenómeno que existe y que, manejado por nuestras instituciones, puede ayudar a soportar la crisis y a asegurar un correcto nivel asistencial a los usuarios. Además, allí existe un camino para articular un sistema de asistencia integral.

Por otra parte, en la medida en que esa población encuentre respuesta en nuestras instituciones, por lo menos, esa franja asistencial no va a demandar esos servicios en el sector público, que sabemos que está superado por la demanda. Por lo tanto, entendemos que esto contribuye a salvaguardar mejor los menguados recursos del subsector público para destinarlos a los beneficiarios que, por su condición de indigentes, tienen que obtener toda la asistencia gratuita y del mejor nivel en Salud Pública.

Esto es lo que queríamos decir y estamos a las órdenes para responder sus consultas.

SEÑOR AMÉN VAGHETTI.- Evidentemente, FEMI tiene una posición opuesta al Sindicato Médico del Uruguay en cuanto a la ampliación de los seguros de salud parciales. Supongo que ello se debe a las diferentes realidades que existen en Montevideo y en el interior. En definitiva, ustedes marcan su apoyo a la eliminación de ese tope.

SEÑOR FERNÁNDEZ MONTIEL.- Este es un tema que fue considerado en el plenario gremial y en el asistencial de FEMI. En el plenario gremial los médicos entendieron que este mecanismo de los seguros parciales institucionales está salvaguardando fuentes de trabajo y que, sin dejar de seguir planteando conceptualmente la asistencia integral como aspiración, en la realidad, hoy es una forma de salvaguardar fuentes de trabajo y que se puede brindar el seguro parcial con el respaldo institucional. De manera que se considera que se puede realizar ese tipo de asistencia en un marco ético y de buenos niveles asistenciales.

A su vez, en el plenario de instituciones asistenciales, como organizaciones empresariales, se vio que en la adversa realidad de mercado a la que hacíamos mención había posibilidad de ofrecer servicios parciales a esa población que no va a poder comprar una cuota de asistencia integral y que por esta vía se está ayudando a soportar esta crisis en tanto son ingresos operativos genuinos.

Por lo tanto, enfáticamente podemos decir que estamos a favor de la eliminación del tope y que tenemos el respaldo de nuestras respectivas asambleas cuando hacemos este planteamiento.

SEÑOR GIL SOLARES.- De más está decir que tenemos la enorme satisfacción de dialogar con las autoridades de la FEMI, pero me preocupa el endeudamiento que sufre la institución, y quizás junto a ASSE, a Sanidad Policial y a los Municipios habría que agregar al Banco de Seguros del Estado que,

por lo menos en mi época, también tenía un atraso considerable en los pagos. ¿Qué conducta va a proponer o tener FEMI respecto de este endeudamiento?

SEÑOR FERNÁNDEZ MONTIEL.- El señor Diputado se refiere al endeudamiento que el Estado mantiene con el sistema.

La FEMI tiene una tradición de negociación que apuesta, fundamentalmente, al diálogo, a reclamar lo que consideramos legítimo, pero al mismo tiempo a proponer soluciones. Es decir que no buscamos agotarnos en el reclamo, en el pedido, sino que tratamos de aportar las posibles soluciones.

En ese sentido y en lo que hace a la deuda del Estado, hemos venido planteando nuestra preocupación, pero buscando alternativas posibles para este Uruguay de hoy y hemos llevado a los Ministerios de Salud Pública y de Economía y Finanzas una serie de planteamientos. Estamos esperando tener una reunión en el Ministerio de Economía y Finanzas; el Ministro de Salud Pública, doctor Bonilla, se ha comprometido a acompañarnos a ese ámbito para plantear al señor Ministro de Economía y Finanzas y a su equipo una serie de alternativas a fin de resolver este tema de la deuda y también mecanismos de futuro que den estabilidad y regularidad a estos convenios que, de alguna forma, se encuentran amenazados en la continuidad de los servicios. Realmente, para un manejo eficiente de los recursos y para salvaguardar al resto de los afiliados, las instituciones de FEMI se cuestionan si pueden seguir brindando servicios a los beneficiarios de Sanidad Policial, en tanto este convenio no se cumple.

El Ministerio de Salud Pública -el propio Ministro- nos pide un manejo eficiente de los recursos, por lo que no parece una gestión eficiente brindar un servicio y no cobrarlo. Por lo tanto, en el último plenario asistencial que hizo la FEMI la semana pasada fue considerado el tema de la deuda, concretamente, la situación de Sanidad Policial, la de los Gobiernos Municipales de Canelones, Rocha y Artigas -que tienen importantísimas deudas con nuestras instituciones- y la de ASSE. Seguimos apostando al diálogo, a sacar soluciones negociadas y si bien no hubo una medida de corte de servicios, responsablemente debemos decir que si no encontramos una solución a estos convenios, va a llegar un momento en que no los vamos a poder seguir brindando porque tenemos que manejar los recursos para poder dar el nivel asistencial adecuado a la gente y a los convenios que pagan.

Hoy estamos bregando por una instancia en el Ministerio de Economía y Finanzas para lograr mecanismos financieros, de canje o de compensaciones, para poder equilibrar nuevamente esta situación y poder seguir adelante con la prestación de los servicios. En definitiva, nuestro propósito, nuestra misión, es brindar servicios asistenciales a la población que puedan ser devueltos en trabajo a los médicos y no médicos que han encontrado su fuente laboral en las instituciones de FEMI.

SEÑOR GIL SOLARES.- ¿Es posible saber a cuánto asciende el endeudamiento?

SEÑOR MACHADO.- Estamos hablando de una cifra total del orden de los US$ 15:000.000, una canasta en la que -como decía el doctor Fernández- está la deuda de ASSE, la deuda de Sanidad Policial y la de aquellas Intendencias Municipales que hasta el momento actual y desde hace muchos meses -en algunos casos, podemos hablar de bastante más de un año- no han pagado los servicios.

Veo que el señor Presidente de la Comisión lo afirma, por lo que debe conocer cuál es la situación en su departamento de origen; hay otros departamentos que están en una situación similar o inclusive peor, como Artigas, Rocha, etcétera, en los cuales se han producido atrasos tremendamente significativos. Precisamente, las instituciones, para no ocasionar un problema adicional a los problemas locales ya de por sí graves, no han cortado los servicios a costa de grandes sacrificios.

Las medidas que se han tomado -que en cierta forma planteaba el Presidente de FEMI- pasan por plantear al Ministerio de Economía y Finanzas la posibilidad de que la venta de servicios al Ministerio de Salud Pública -ASSE- entre en el mismo sistema de la UCAMAE, la Unidad Centralizada de Adquisiciones de Medicamentos y Afines del Estado, del Ministerio de Salud Pública, que está funcionando en forma muy correcta y está pagando dentro de los plazos previstos los medicamentos que adquiere el Ministerio, dado que si no este no los recibía. Nosotros entendemos que no hay absolutamente ninguna diferencia entre la esencialidad del medicamento y la de los servicios de asistencia que se prestan por parte de nuestras

instituciones al Ministerio. En consecuencia, estamos reclamando el mismo sistema de pago, a través de esa Unidad.

Por otro lado, en aras de colaborar no tenemos inconveniente, como instituciones organizadas, legales, que cumplen con sus obligaciones fiscales, en recibir como pago certificados que nos permitan cancelar nuestras deudas con el Banco de Previsión Social y con la Dirección General Impositiva. Lógicamente, en los casos en los cuales las deudas excedan nuestras obligaciones -serán muy pocos casos- solicitamos la transferencia de esos certificados, llegado el momento en que sean exigibles. En principio nuestra solución pasa por ofrecer todo el abanico de posibilidades para poder cobrar algo que no tenemos más remedio que exigir, porque realmente están existiendo muchas dificultades a fin de poder cumplir con el resto de la población afiliada.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Tienen información discriminada de cuál es la deuda de cada uno de los organismos: ASSE, Sanidad Policial e Intendencias Municipales?

SEÑOR MACHADO.- Podemos hacer llegar esa información a la Comisión a la brevedad. Es algo variable, por lo que debemos consolidar algunos datos; inclusive, ha habido algunos pagos concretos y en el caso de ASSE también algunos pagos esporádicos. Sanidad Policial también ha hecho el pago de algún mes, por lo que tendríamos que llegar a una determinación exacta. En el día de mañana -o pasado mañana a más tardar- le estaremos haciendo llegar a la Comisión el detalle exacto por institución e, inclusive, por Intendencia, lo que ya es bastante más difícil.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿La deuda de ASSE es a determinado período y actualmente los servicios que se venden se van cobrando, o siguen entrando dentro de la deuda global?

SEÑOR MACHADO.- La deuda de ASSE tiene tres partes. Una de ellas, es la deuda que comprende el período del último trimestre del año pasado, que en principio está solucionado o en vías de solución a través de un convenio con la OPP, Ministerio de Economía y Finanzas, Banco República y Ministerio de Salud Pública, por lo cual, en principio, existe compromiso por parte del señor Ministro de Economía y Finanzas de cobrarlo en los próximos treinta días, quizás en el correr de este mes. Con eso quedaríamos al día con Sanidad Policial y con Salud Pública hasta el 31 de diciembre. Desde el 1º de enero en adelante, hay un segundo grupo de deudas, que son las que van hasta el 30 de abril. Para esto está prevista una disposición, un régimen de cobro mediante certificados a emitir en Unidades Indexadas a partir del mes de noviembre; por supuesto que nos hemos presentado a esa alternativa de cobro, pero estamos teniendo grandes problemas para el reconocimiento de esas facturas porque el Tribunal de Cuentas, al 15 de julio, no tenía intervenido un porcentaje muy alto de estas deudas al 30 de abril. Con posterioridad al 30 de abril no tenemos absolutamente ninguna solución. Es decir, desde el 1º de mayo en adelante seguimos brindando los servicios sin tener ninguna expectativa de cobro, lo cual, evidentemente -ya estamos a mediados de agosto-, es realmente grave.

SEÑOR TRIVEL.- Dentro del marco de las informaciones, nos gustaría recibir un informe detallado de las deudas de las distintas Intendencias Municipales del país. Fundamentalmente, quisiera saber cuál es la deuda de la Intendencia Municipal de mi departamento, Artigas, que creo que es una de las más importantes.

SEÑOR MACHADO.- No hay inconveniente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Me voy a referir a propuestas que aparentemente va a impulsar el actual Ministro de Salud Pública, algunas de las cuales ya han sido refrendadas con algunos decretos, pero nosotros no estamos en conocimiento de esos decretos, salvo el que tiene que ver con la generación del vademécum. De todas maneras, hay tres propuestas que vienen madurándose inclusive desde que se empezaron a reunir las comisiones de elaboración, en las que habría determinados consensos en tres o cuatro puntos. Uno de ellos, es la creación del Fondo para Asistencia Primaria -de acuerdo con una propuesta que se generaría de parte del Ministerio por medio de un decreto- a través de un porcentaje de la cuota mutual. Queremos saber la opinión que tienen del sistema en sí, de la posibilidad de implementarlo y de la financiación.

Otro punto refiere a que prácticamente está definida -el decreto así lo establece- una política de medicamentos vinculada con la creación de un vademécum que ya está en poder de todas las instituciones; también quisiéramos conocer la opinión de ustedes con respecto a eso.

Un tercer punto tiene que ver con una propuesta de suspensión del ingreso de alta tecnología por un período determinado -no sé si ya está consolidada a través de un decreto-, con la posterior creación de un sistema regulador del ingreso.

Nos parece que todos estos son temas centrales, por lo que nos gustaría conocer la opinión de FEMI.

SEÑOR FERNÁNDEZ MONTIEL.- Con respecto al primer punto, en la base de ese planteamiento hay un concepto que es el cambio del modelo asistencial. Creo que una de las pocas cosas en las que todos los actores de la salud estamos de acuerdo, es en la necesidad de cambio del modelo asistencial, privilegiando el primer nivel de atención y las acciones en prevención y promoción de la salud. Por lo tanto, partiendo de ese gran concepto en el que estamos convencidos de que hay que caminar en forma decidida, vemos que en la propuesta de creación del Fondo con el 1% nos guía en ese sentido. Más allá de los reparos que puedan surgir en cuanto a si ese 1% debe provenir o no de la cuota mutual -o sea, de futuros aumentos de cuota mutual porque así está planteado- o si es suficiente o insuficiente -a priori estamos de acuerdo con que es insuficiente-, privilegiamos el concepto de que empezamos a caminar hacia ese cambio de modelo asistencial. Desde ese punto de vista, estamos de acuerdo con que se comience a manejar el Fondo y con que en el futuro se mejoren esas posibilidades y se pueda ampliar esa financiación -aspiramos que sean recursos externos al sector-; entendemos que el primer paso lo debe dar el sector y de alguna forma nos parece muy importante que todas las instituciones de asistencia médica del país, las privadas e inclusive los seguros parciales, también tengan la obligatoriedad -tal como está expresado en su intención- de hacer el aporte del 1%. Es decir que no sean solamente las instituciones de asistencia médica colectiva las que tengan que hacer este tipo de acciones sino que también se les exija acciones en promoción y prevención de salud a otro tipo de institución de asistencia médica privada. Por lo tanto, en respuesta al primer punto, tenemos que manifestar que la Federación Médica del Interior está de acuerdo con la creación del Fondo, pero fundamentalmente porque ve que de esa manera se comienzan a dar los primeros pasos hacia el cambio del modelo asistencial, aunque por supuesto que habrá que seguir ampliando y profundizando ese camino.

Con respecto al segundo punto, al decreto de creación de un Vademécum Único Nacional, debemos hacer una consideración parecida a la anterior. Conceptualmente nos parece fundamental la creación de un Vademécum Único Nacional que se maneje en base a fórmulas genéricas y que la prescripción se haga tal cual establece un decreto anterior, de forma tal de que los médicos formulen recetas de genéricos, pero aún no hemos tenido la posibilidad de hacer un análisis desde el punto de vista técnico -tomamos contacto con el vademécum a fines de la semana pasada- y de las posibles consecuencias del manejo económico de las instituciones del mismo. Por lo tanto, sobre ese aspecto ya más técnico, no estamos en condiciones de formular apreciaciones o consideraciones ni siquiera primarias porque en este momento está en manos, precisamente, del análisis de los técnicos. En definitiva, nos parece adecuado que tanto el sector público como el privado se manejen con un solo vademécum que sea lo suficientemente amplio como para cubrir las necesidades de toda la población y que se prescriba bajo la forma de genéricos.

Por otra parte, nos parece adecuado crear una comisión para analizar la tecnología y que mientras tanto se limite la incorporación de nuevas técnicas. Esto de alguna forma está unido al concepto de modelo asistencial. Creemos que hay que frenar un poco el ingreso de tecnologías y pensar más en el primer nivel de asistencia y no tanto en el cuarto nivel.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero formular una pregunta y expresar mi opinión con respecto a algunos temas que ha manejado el señor Ministro de Salud Pública, no como propuestas concretas sino como intenciones.

En cuanto a los seguros parciales, el señor Ministro de Salud Pública ha manifestado la necesidad de una fuerte regulación en función de la situación en la que están trabajando. Él lanzó una idea con respecto a cómo deberían funcionar, según la visión del Ministerio, estos seguros parciales. Prácticamente habló de tres

categorías: la médica, la quirúrgica y las emergencias móviles. Esa es la idea que el señor Ministro de Salud Pública esbozó. Nos gustaría conocer la opinión de la FEMI al respecto.

SEÑOR FERNÁNDEZ MONTIEL.- La apreciación del señor Presidente nos parece muy acertada. Nosotros ya expresamos nuestro apoyo a la eliminación del tope en el marco de esta regulación y de esta reglamentación. Nos parece absolutamente necesario que los seguros parciales estén regulados y controlados por el Ministerio de Salud Pública, porque esto implica una garantía de que se va a brindar lo que se ofrece.

También nos parece muy adecuado algo que formuló el señor Ministro en cuanto a que existan contratos o reglamentos tipo para cada una de esas fórmulas, de manera que no se hagan ofertas distintas. Me refiero a que quien contrate un servicio ambulatorio, obtenga todos los servicios asistenciales de nivel ambulatorio y que quien contrate un servicio de internación no le sea escatimado. Por lo tanto, creemos que la eliminación del tope debe hacerse en un marco de fuerte regulación por parte del Ministerio de Salud Pública y definiendo claramente estos tres niveles de servicios parciales para que en cada uno de ellos se brinde el ciento por ciento del nivel y no se puedan hacer recortes.

SEÑOR PRESIDENTE.- Muchos actores del ámbito de la salud han manejado el tema de la financiación, aunque el Ministerio hasta el momento no ha emitido opinión. De cualquier manera, hay muchos sectores o actores de la salud que están hablando de la necesidad de una nueva financiación del sector, en función de las realidades que así lo ameritarían. Dado que ese nuevo sistema de financiación estaría apuntando a la implementación de un seguro nacional de salud con la creación de un fondo a través de los aportes de las familias, de las empresas y del propio Estado, quisiéramos saber si la FEMI tiene una opinión formada al respecto.

SEÑOR FERNÁNDEZ MONTIEL.- Este es un tema muy importante y muy atractivo. Sin duda que es uno de los grandes temas de la salud que no está resuelto en el mundo. Cada país se ha dado diferentes sistemas de salud y creo que todavía no hay un paradigma, por lo menos uno que podamos copiar. Sin embargo, la financiación de los sistemas de salud es un tema básico.

Creemos que para comenzar el análisis primero tenemos que identificar los recursos de los que dispone el país para luego hacer el diseño de la financiación. El país destina un poco más de US$ 1.000:000.000 por año a la salud, y razonablemente nadie piensa que se vaya a incrementar. En esos US$ 1.000:000.000 no solo está incluido el gasto de los servicios de salud privado y público sino todo el que hace el usuario. De manera que cuando llegamos al gasto per cápita nos encontramos con una cifra que ronda los US$ 20 por mes o los escasos US$ 300 por año.

A partir de allí debemos empezar a desarrollar el tema. Me refiero a qué sistema de salud podemos implementar para asegurar a nuestra población un sistema de asistencia integral, equitativo, justo, accesible, tal como todos aspiramos

Nosotros pensamos que con ese monto de dinero es posible dar a nuestra población un sistema digno, integral, equitativo y accesible. No hay que confundir la integralidad con la totalidad; la integralidad es poder recorrer todos los niveles asistenciales, pero no necesariamente la totalidad de cada uno de ellos. Muchas veces ese concepto se confunde y se piensa que la integralidad es la totalidad. Creemos que este sistema es posible mediante el mecanismo de un financiador único.

Lo que como Federación Médica intentamos reivindicar y rescatar es la descentralización. Como decíamos al comienzo de nuestra exposición, en la historia de la Federación la descentralización ha sido un principio muy caro. Dentro de la descentralización está la de los recursos económicos. A lo largo de estos años hemos demostrado que esos recursos han sido manejados con responsabilidad, con eficiencia y de manera ética. Por lo tanto, entendemos que tenemos autoridad para seguir manejando los recursos económicos por parte de las instituciones. De manera que sin contraponernos a lo que puede ser un seguro nacional de salud, a la hora de asignar los recursos queremos analizar profundamente qué papel va a jugar la descentralización de ellos en un nuevo esquema.

Reitero que esto no se está oponiendo al concepto de sistema nacional de salud ni, para decirlo de una manera más genérica, a una nueva organización de los servicios asistenciales. Todos sabemos que la salud es un concepto mucho más amplio; aquí estamos hablando de organizar de otra manera los servicios asistenciales y de buscar una forma de financiación para ellos.

Estamos convencidos de que las reformas en la salud deben procesarse rápidamente y de que debemos tener la mente muy abierta para poder hacerlo de la forma adecuada para no tener, a la hora de estos cambios, ataduras ni compromisos con sectores políticos, con corporaciones o con grupos empresariales. Creemos que nuestra organización en ese sentido tiene una libertad de pensamiento muy amplia porque no tenemos compromisos políticos, sectoriales ni corporativos que nos impidan un análisis libre y justo.

Podríamos hablar mucho del tema, pero como organización no tenemos una posición o una propuesta de reforma del sistema. Sí tenemos algunas bases que dan pasos en ese sentido y que están concebidas en el marco del interior del país. A modo de ejemplo, hemos alcanzado a los últimos tres Ministros de Salud Pública algunas propuestas que desarrollan las bases de un sistema de asistencia integral para toda la población del interior del país. Esta propuesta no hace ni más ni menos que articular, coordinar e integrar en el interior del país los dos subsistemas: el público y el privado. La propuesta plantea no un subsidio directo por parte del Estado sino un subsidio indirecto. De esta manera se estaría brindando asistencia a una determinada franja de la población. La idea es que la población que está en el medio, que no es indigente total sino que tiene ciertos recursos, realice un aporte. De esa manera se estaría articulando con las instituciones de asistencia médica colectiva y con el subsector público un sistema de asistencia integral para toda la población. Es una propuesta que está desarrollada en sus bases y que entendemos puede ser un aporte cuando se habla de sistema nacional o seguro nacional de salud.

Este tema lo venimos procesando desde hace muchos años con una visión interior, tratando de rescatar y de respetar esos principios y esas políticas que ha venido desarrollando la organización a lo largo de su historia en estos casi 37 años.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos a la Federación Médica del Interior que nos haya dejado opiniones claras con respecto a la situación que el sector está atravesando. Creemos que lo que nos han manifestado será un insumo muy importante.

SEÑOR FERNÁNDEZ MONTIEL.- Vamos a dejar un documento que contiene la propuesta de eliminación del tope de los seguros parciales; también dejaremos un compilado de los estados contables al 30 de setiembre. Por supuesto que la apertura de rubros o el material que nos sea solicitado, tanto desde el punto de vista económico como de gestión, lo aportaremos a la brevedad.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Comisión de Salud Pública agradece la presencia de la Federación Médica del Interior.